

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

604

Année 1899

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 20 juillet 1899, à 1 heure

Par WILLIAM LÉ CLÈRE

Né à Brives (Corrèze) le 10 octobre 1871

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES RUPTURES INCOMPLÈTES DE L'UTÉRUS
AVEC THROMBOSES SOUS-PÉRITONÉALES
SE PRODUISANT PENDANT LE TRAVAIL DE L'ACCOUCHEMENT
(Anatomie pathologique. — Symptômes)

Président : M. BUDIN, professeur.

*Juges : } MM. BONNAIRE, professeur.
RICHELOT et WALLICH, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

JOUE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, rue Racine, 15

1899

604

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 20 juillet 1899, à 1 heure

Par WILLIAM LE CLÈRE

Né à Brives (Corrèze) le 10 octobre 1871

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES RUPTURES INCOMPLÈTES DE L'UTÉRUS

AVEC THROMBOSES SOUS-PÉRITONÉALES

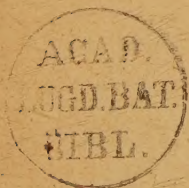
SE PRODUISANT PENDANT LE TRAVAIL DE L'ACCOUCHEMENT

(Anatomie pathologique. — Symptômes)

Président : M. BUDIN, professeur.

Juges : } MM. BONNAIRE, professeur.
RICHELÔT et WALLICH, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Boyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	HUTINEL.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Matière médicale et pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	N.....
Clinique médicale.	CHANTEMESSE.
Maladie des enfants.	POTAIN.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JACCOUD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	HAYEM.
Clinique des maladies du système nerveux.	DIEULAFOY.
Clinique chirurgicale.	GRANCHER.
Clinique ophtalmologique.	JOFFROY.
Clinique des maladies des voies urinaires.	FOURNIER.
Clinique d'accouchements.	RAYMOND.
	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
	PANAS.
	GUYON.
	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ALBARRAN.	DUPRE	LEPAGE	THOINOT
ANDRE	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
BONNAIRE	GAUCHER	MAULAIRE	VARNIER
BROCA (Aug.)	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (ANDRÉ).	TOURETTE	MERY	WALTHER
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	
	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Je dédie cette thèse

A MON ONCLE GUSTAVE LE CLÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BUDIN

Membre de l'Académie de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES RUPTURES INCOMPLÈTES DE L'UTÉRUS
AVEC THROMBOSES SOUS-PÉRITONÉALES

Se produisant pendant le travail de l'accouchement

(ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — SYMPTOMES)

AVANT-PROPOS

Le sujet de cette thèse nous a été donné par M. le D^r Bar, professeur agrégé, accoucheur à l'hôpital Saint-Antoine.

Nous le prions de recevoir tous nos remerciements et l'expression de notre profonde reconnaissance pour la bienveillance qu'il nous a témoignée.

M. le Professeur Budin a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, qu'il lui plaise d'agréer nos respectueux remerciements pour l'honneur qu'il nous a fait.

Nous avons contracté des dettes de reconnaissance envers M. le D^r Richelot, M. le D^r Gaucher, profes-

seurs agrégés et M. le D^r Billon. Nous les prions d'agréer l'expression de notre vive gratitude.

Nous remercions enfin M. le D^r Boullé et M. Bufnoir interne à la maternité de l'Hôpital Saint-Antoine, de l'accueil sympathique que nous avons toujours trouvé auprès d'eux dans le cours de nos recherches.

INTRODUCTION

Les ruptures de l'utérus sont complètes ou incomplètes suivant qu'elles intéressent les trois couches de l'organe, muqueuse, musculaire, séreuse, ou suivant qu'elles laissent indemne l'une de ces tuniques.

Les ruptures incomplètes elles-mêmes ont été divisées par les auteurs en deux catégories :

1^o Celles qui n'intéressent que les couches profondes de la matrice en respectant le péritoine.

2^o Celles qui n'atteignent que les couches superficielles, le péritoine seul ou le péritoine avec une partie de la couche musculaire sous-jacente.

Les premières sont dites ruptures incomplètes internes ; les secondes ruptures incomplètes externes.

Ces dernières signalées par Duparcque et étudiées par Jacquemier, Brenneke ont aussi fait l'objet, dans ces dernières années, d'une étude de la part de M. Maygrier à l'occasion d'un cas par lui observé.

Ces sortes de ruptures sont extrêmement rares, M. Maygrier n'en a relevé qu'une quinzaine de cas dans la littérature médicale. Elles ne sont simplement caractérisées que par les signes d'une hémorrhagie interne à laquelle la malade succombe rapidement.

Aussi leur diagnostic est-il extrêmement difficile et sont-elles le plus souvent des surprises d'autopsie.

Leur siège est bien distinct de celui des ruptures utérines incomplètes internes. C'est sur le corps de l'utérus, en dessus de l'anneau de contraction qu'on les observe, c'est-à-dire en des points où l'on ne rencontre pas ou du moins très rarement, comme nous le verrons, les ruptures incomplètes internes.

Malgré l'intérêt qu'elle présente, nous n'insisterons pas plus longuement, sur cette variété de ruptures, car ce serait sortir du cadre que nous nous sommes tracé.

Nous n'avons en effet en vue dans cette modeste étude que les ruptures incomplètes internes et même précisant davantage notre sujet nous ne considérerons que les ruptures se produisant pendant le travail de l'accouchement, éliminant ainsi les déchirures survenant en dehors du travail ou en dehors de l'état de grossesse.

Du fait que le péritoine ne participe pas à la déchirure, le côté anastomo-pathologique de l'accident revêt un aspect bien particulier. La séreuse péritonéale, tout en restant intacte, peut être en effet soulevée et décollée, et donner lieu à des thromboses sous-péritonéales fort diverses d'aspect et d'étendue.

Ruptures complètes et ruptures incomplètes présentent au point de vue de l'ensemble symptomatique de nombreux traits de ressemblance. Néanmoins dans certains cas le tableau clinique de la rupture incomplète

présente quelques particularités qu'il nous a paru d'autant plus intéressant de faire ressortir que l'on en peut tirer d'utiles conclusions tant au point de vue du pronostic que de la conduite à tenir.

Après avoir décrit dans un chapitre d'anatomie pathologique les lésions diverses que nous avons pu relever au sujet de la question qui nous occupe, et avant d'aborder l'étude des symptômes particuliers que peut présenter la lésion, nous dirons quelques mots de la fréquence, de l'étiologie et de la pathogénie de l'accident.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Au point de vue anatomo-pathologique nous considérerons :

Les lésions intéressant la couche musculaire.

Les lésions du péritoine.

Les lésions des autres organes abdominaux.

Dans les ruptures incomplètes la solution de continuité de la paroi musculaire siège dans l'immense majorité des cas, pour ne pas dire exclusivement, au niveau du segment inférieur ou du segment inférieur et du col. C'est le siège que nous relevons dans toutes nos observations. Le segment inférieur est du reste la région de la matrice la plus souvent intéressée, que la rupture soit complète ou incomplète. A ce niveau-là en effet, comme nous le verrons en essayant d'expliquer la pathogénie de l'accident, les parois de l'utérus présentent pendant le travail de l'accouchement leur minimum d'épaisseur et il est logique que la rupture se produise au point où la résistance est la moins grande.

La déchirure peut atteindre l'une quelconque des parties du segment inférieur, le plus souvent elle frappe

les bords ou la face antérieure, plus rarement la face postérieure.

Tantôt constituée par une simple perforation du tissu utérin laquelle admet à peine l'index ou le pouce, la lésion occupe d'autres fois toute la hauteur du segment inférieur et s'étend même sur le col qu'elle peut intéresser jusqu'au niveau de son orifice externe. Très fréquemment même la rupture a son point de départ au niveau de la région cervicale. Ce siège primordial a été reconnu par beaucoup d'auteurs ; Bandl sur 32 cas a toujours vu la rupture partir du col.

Mais un fait intéressant à noter c'est que dans la rupture incomplète, la solution de continuité ne dépasse pas, en haut, ou du moins dans l'immense majorité des cas, l'anneau de contraction, c'est-à-dire n'empîète presque jamais sur la partie supérieure du corps de l'utérus. C'est là croyons-nous une des causes pour lesquelles la séreuse péritonéale reste intacte. Et de fait lorsque la déchirure s'étend très haut sur le corps de la matrice elle s'accompagne le plus souvent de la déchirure du péritoine.

A ce niveau là la séreuse est solidement adhérente à la tunique musculaire sous-jacente ; en bas, au contraire, la partie inférieure de l'organe est entourée d'une atmosphère cellulaire épaisse et lâche qui donne à la séreuse plus d'aisance de mouvement et lui permet de fuir au devant du traumatisme.

Dans la rupture incomplète interne, avons-nous vu,

les tuniques musculieuse et muqueuse sont seules déchirées, le péritoine est intact c'est-à-dire ne présente pas de solution de continuité. Mais il n'en ressent pas moins le contre-coup des lésions ayant atteint les couches sous-jacentes.

Il est en effet fréquent d'observer un décollement de la séreuse siégeant non-seulement au niveau de la lésion, mais s'étendant à une distance plus ou moins considérable.

Ce soulèvement péritonéal est quelquefois produit par le passage au niveau de la déchirure musculaire des liquides contenus dans la cavité utérine, liquide amniotique, méconium, ou par celui d'une partie fœtale. Mais le plus souvent il est dû à un épanchement sanguin soit que le sang provienne des lèvres de la plaie utérine, soit qu'il s'écoule des gros vaisseaux entourant la matrice.

Dans certains cas le sang se collecte en une cavité variant du volume d'un œuf à celui d'une tête d'enfant. Ces soulèvements limités de la séreuse siègent le plus fréquemment sur les parties antérieures ou postérieures de l'utérus, plus rarement à l'intérieur des ligaments larges.

A ce niveau là en effet le décollement présente d'habitude une étendue beaucoup plus considérable; le sang décolle les deux feuillets du péritoine et de là fuse dans diverses directions. Tantôt il s'étend en bas jusqu'au plancher pelvien; tantôt franchissant la

face antérieure de l'utérus, il envahit le ligament large du côté opposé; d'autres fois enfin gagnant la fosse iliaque et se dirigeant en arrière, la suffusion sanguine longe la paroi abdominale postérieure et remonte jusqu'au niveau du rein et du diaphragme.

Nous rapportons plusieurs observations qui montrent quels aspects divers peuvent présenter ces hématomes sous-péritonéaux.

Dans un cas on trouve une collection sanguine occupant l'épaisseur du ligament large droit. En incisant le péritoine à ce niveau on tombe dans une cavité remplie de caillots et s'étendant en bas jusqu'au plancher pelvien (Obs. II).

Chéz la femme qui a fait le sujet de l'observation VI, à l'ouverture du ventre, on constate, vers la gauche, depuis le bord utérin et remontant sur la paroi postérieure de l'abdomen jusqu'à la région rénale, une vaste ecchymose. En incisant, on tombe dans une cavité remplie de sang et remontant jusqu'au milieu du rein.

Dans l'autopsie rapportée observation XI le péritoine soulevé et décollé forme une poche qui présente une étendue considérable. L'épanchement sanguin, après avoir décollé les deux feuillets du ligament large droit, a gagné la face antérieure de l'utérus, puis envahi le ligament large gauche. En arrière de ces deux ligaments le décollement remonte des deux côtés de la colonne vertébrale; à droite il atteint et dépasse mêm-

me le rein, à gauche il s'arrête à 2 ou 3 centimètres du rein correspondant.

Ces décollements sous-péritonéaux qu'ils soient limités ou occupent une vaste surface renferment du sang liquide ou en caillots. La quantité de ce sang épanché sous la séreuse varie suivant qu'il a pu ou non trouver un accès facile et s'échapper au dehors par le vagin et la vulve. Dans certains cas en effet il est retenu à l'intérieur par la présence du fœtus qui obture complètement le canal pelvi-génital et forme tampon. Il se déverse alors dans la cavité péritonéale en cheminant sous le péritoine qu'il décolle et soulève.

Mais l'abondance de l'épanchement dépend encore de l'origine de l'hémorragie. Le liquide sanguin peut en effet provenir soit des lèvres de la déchirure, soit des gros vaisseaux avoisinants. Dans le premier cas l'hémorragie est quelquefois abondante, mais généralement ou bien l'hémostase se fait par la rétraction utérine, ou bien l'écoulement cède aux divers moyens que l'on peut mettre en œuvre pour le combattre. Mais il n'en est pas de même lorsque les gros vaisseaux sont intéressés ; dans ce cas la perte de sang est considérable et très difficile à arrêter. Hâtons-nous toutefois de dire que la rupture de ces gros vaisseaux n'est pas aussi fréquente qu'on pourrait le supposer, car par leur souplesse, leur disposition hélicine, ils sont très susceptibles d'échapper au traumatisme.

Mais avec le sang on peut aussi trouver dans la po-

che sous-péritonéale d'autres éléments. Si l'utérus, au moment de la rupture, renfermait du liquide amniotique ou du méconium, ces liquides comme nous l'avons déjà dit, peuvent pénétrer dans la cavité sous-séreuse.

Enfin le placenta et le fœtus peuvent, suivant l'étendue de la déchirure, passer en partie ou en totalité dans la cavité abdominale. Cette dernière complication assez fréquente dans les ruptures complètes est plus rare dans les ruptures incomplètes. Le fœtus dans ce dernier cas, reste habituellement dans l'utérus ou ne laisse passer au niveau de la déchirure qu'un de ses membres venant faire saillie sous le péritoine qui est soulevé ou distendu sans être rompu.

Consécutivement à la rupture on peut observer au niveau de la séreuse des processus variables. Tantôt elle est intacte, tantôt elle s'enflamme et présente alors les lésions de la péritonite sur lesquelles nous n'avons pas à insister. On trouvera dans les observations que nous rapportons, un cas publié par MM. Doléris et Bonnus et que nous avons cru intéressant de signaler ici : à la suite d'une rupture incomplète de la matrice il se produisit un large décollement du péritoine et l'épanchement fut si considérable que la séreuse se rompit secondairement sous sa poussée, le sang faisant irruption dans la cavité péritonéale.

« Les phénomènes, disent MM. Doléris et Bonnus, se sont enchaînés de la façon suivante : Rupture,

thrombus sous-péritonéal, effraction lente de la séreuse, hémorrhagie intra-péritonéale ».

Mais les lésions ne restent pas toujours limitées à l'utérus et au péritoine. Les vaisseaux veineux ou artériels de la région, nous venons de le voir, peuvent quelquefois être atteints, soit qu'ils présentent une fragilité particulière (tel le fait de cette femme dont nous parlions tout à l'heure et chez laquelle MM. Doleris et Bonnus trouvèrent de profondes lésions des vaisseaux veineux du petit bassin), soit que malgré leur souplesse ils ne puissent échapper à la distension et à la déchirure.

Les divers organes contenus dans la cavité abdominale peuvent d'une façon plus ou moins directe ressentir le contre-coup de la lésion. La déchirure peut s'étendre à la vessie et dans nos observations nous relevons trois cas dans lesquels cet organe fut atteint et présenta consécutivement une fistule.

Le cœcum, le côlon, le rein peuvent aussi être affectés, non plus évidemment par extension de la déchirure utérine, mais bien par propagation jusqu'à eux du décollement péritonéal. Dans un des cas que nous rapportons l'épanchement sanguin après avoir longé la face postérieure de l'excavation fuse en haut en soulevant le péritoine jusqu'à 7 ou 8 centimètres au-dessus du bord inférieur du cœcum. Dans un autre cas l'épanchement remontait encore plus haut : après avoir suivi les faces postérieures du cœcum et du côlon

ascendant il atteint le rein et forme dans la moitié antérieure de l'atmosphère cellulo-graisseuse de la région une abondante suffusion sanguine.

Pour terminer cette étude anatomo-pathologique, nous rapporterons quelques cas de ruptures utérines incomplètes guéries pour montrer quel peut être l'aspect des lésions une fois la guérison obtenue.

Brossard rapporte l'observation d'une femme qui avait eu une rupture de l'utérus et mourut à la suite d'un accouchement ultérieur. Chez cette femme la cavité provenant du soulèvement du péritoine avait subsisté, ainsi que la perte de substance au niveau de la déchirure musculaire.

« A l'autopsie, faite par Breus, on trouve dans la paroi gauche de l'utérus un trou en forme de fente longitudinale de trois centimètres, à bords arrondis, lisses et cicatriciels. Cette fente se continue en dehors dans une cavité vide, affaissée du volume d'un citron qui se trouve entre les deux feuillets du ligament large gauche. Les parois de cette cavité sont lisses et reliées entre elles par des brides filiformes ou trabeculaires qui traversent la cavité. Au pourtour de la cavité le tissu du ligament large est induré, mais nulle part infiltré de sang. En bas la fente se termine en une cicatrice annulaire qui s'étend jusque dans la lèvre postérieure du col et dont les tissus, à la surface, sont un peu écartés les uns des autres ».

Mais il arrive aussi que les lésions se réparent d'une

façon merveilleuse. Tel est le cas de cette femme rapporté observation X : Au cours de la laparotomie à la suite de la rupture, on constata un décollement du péritoine s'étendant du bord droit de l'utérus jusque vers le rein. Sur le côté droit de la matrice était une déchirure qui permettait l'entrée facile de la main.

Cinq mois après, la malade ayant été examinée, on constata qu'il n'y avait pas d'adhérences, que le corps de l'utérus était mobile, le col seulement était incliné du côté droit.

Dans les cas relatés observation IV et observation V on voit aussi combien fut complète la réparation des lésions.

Chez la première de ces deux malades, après l'accident, on trouva au toucher une déchirure qui du sac vaginal postérieur s'étendait à gauche et en haut et se terminait au niveau de l'anneau de contraction. L'état de la malade ayant nécessité la laparotomie on constata dans le ligament large gauche un hématome du volume d'une tête d'enfant.

L'examen pratiqué au moment de la sortie de la femme montra que l'utérus avait son volume normal, qu'il était mobile. Il existait une légère déchirure cervicale, mais la déchirure vaginale ne se présentait plus que sous forme d'une fine cicatrice se prolongeant dans le paramétrium gauche. A la place de l'hématome on ne trouva plus du côté gauche qu'un petit point résistant diffus et indolore.

Chez la seconde malade (Obs. V), à son entrée à l'hôpital, on constata sur le bord gauche de l'utérus une déchirure considérable qui partait du col, remontait à une assez grande hauteur et contournait transversalement la région cervicale gauche en s'étendant de sa partie antérieure à sa partie postérieure. La déchirure donnait issue dans une vaste cavité anfractueuse remplie de caillots située entre les deux feuillets du ligament large gauche.

La malade partit guérie, et examinée la veille de son départ on trouva les indices de la déchirure sur le côté gauche du col.

Mais nulle part l'on ne put constater le moindre empatement, la moindre tumeur, pas même une augmentation quelconque du corps de la matrice qui puisse laisser soupçonner l'existence de quelques lésions utérine ou para-utérine autre que les vestiges de traumatisme au niveau de la portion cervicale.

FRÉQUENCE. ÉTIOLOGIE. PATHOGÉNIE

Sans entrer dans une longue discussion sur la fréquence de la rupture incomplète utérine, nous nous contenterons d'indiquer quelques chiffres.

Merz, sur 230 cas de rupture a trouvé 181 ruptures complètes, 46 ruptures incomplètes, 3 ruptures indéterminées. Ce qui donne 20 ruptures incomplètes pour 100 ruptures utérines. Etant donné d'autre part que l'on compte 1 rupture utérine sur 1.500 à 2.000 accouchements, on voit que cette lésion se rencontre peu fréquemment.

Si maintenant au lieu de considérer la fréquence de l'accident nous envisageons les causes qui le produisent nous pouvons diviser les ruptures incomplètes de l'utérus en deux variétés :

Ruptures traumatiques.

Ruptures spontanées.

Les ruptures traumatiques qui se produisent pendant le travail sont rarement le résultat d'un traumatisme accidentel. Elles sont le plus souvent le fait d'une manœuvre malhabile ou intempestive. Dans une application de forceps, si l'instrument est mal dirigé il peut

perforer les tissus ; s'il est appliqué d'une façon irrégulière sur la partie qui se présente, il peut lorsqu'on procédera à l'extraction, dilacérer les organes.

La version est aussi une cause fréquente de déchirure et cela surtout dans les cas où l'on veut tenter l'opération lorsque les membranes sont rompues, l'utérus vide d'eau et rétracté sur le fœtus.

Il en est de même dans la délivrance artificielle. Si la main introduite dans l'utérus ne manœuvre pas avec assez de prudence, l'extrémité des doigts perforera les tissus de la matrice. En un mot toute intervention maladroite ou inopportune peut donner lieu à une déchirure du muscle utérin.

Tardieu, Hervieux et nombre d'auteurs avec eux attribuaient toutes les ruptures utérines à des manœuvres mal conduites .

« L'impéritie de l'accoucheur, pendant l'acte parturitif, disait Tardieu, des manœuvres coupables pendant la gestation, voilà les causes déterminantes les plus communes des ruptures utérines ».

Mais telle n'est pas l'opinion de Jolly ; pour lui, et c'est l'avis universellement partagé aujourd'hui, les ruptures spontanées sont beaucoup plus fréquentes que les ruptures traumatiques.

Par rupture spontanée on entend les ruptures qui surviennent en dehors de toute violence extérieure, de toute intervention obstétricale. Elles se produisent sous

l'effet des contractions utérines, le terrain étant préparé par des causes prédisposantes variées.

Telles sont du côté de la mère la multiparité, l'état du muscle utérin, les déplacements de la matrice, les rétrécissements du bassin. De même du côté du fœtus, le volume exagéré, l'hydrocéphalie, la gémellité, l'hydramnios sont autant de causes qui, distendant l'utérus, l'engagent à se rompre. Les présentations vicieuses et surtout les présentations transversales sont encore des facteurs importants de la rupture utérine.

Mais comment ces différentes causes peuvent-elles agir pour déterminer la rupture sous la seule influence de la contraction ?

Plusieurs théories ont été émises en vue d'expliquer ce mécanisme.

Autrefois on admettait comme cause de l'accident une lésion des tissus ; la pathogénie de la rupture était facile à comprendre : le muscle utérin étant malade en l'un de ses points, présentait un lien de moindre résistance et cédait alors facilement. Mais depuis ces vingt dernières années de nouvelles recherches basées sur l'examen des fibres musculaires ont montré que le plus souvent le tissu utérin était normal.

Pour Mme Lachapelle, Simpson, lorsque la matrice se déchire spontanément cela est dû dans la grande majorité des cas à une compression. Dans un accouchement dystocique la paroi utérine est comprimée sur les bords de l'excavation, elle s'écrase et se rompt.

Dans certains cas c'est ce mécanisme qui peut être invoqué. Mais le plus souvent la rupture se produit sous l'influence d'un autre facteur.

Bandl, Macdonald, Frommel, Kucher, expliquent en effet de la façon suivante le mécanisme des ruptures spontanées : Pendant la contraction, l'utérus est divisé en deux zones, l'une qui se contracte fortement, s'épaissit, se raccourcit et répond à la partie supérieur du corps de la matrice, l'autre au contraire qui s'allonge et s'amincit. Cette dernière zone répond à la partie inférieure du corps ou segment inférieur, et au col.

Cet allongement et cet amincissement sont physiologiques et l'on peut, dans certains cas, facilement les constater à la palpation, surtout chez les multipares. Mais si ces modifications physiologiques sont poussées au delà d'une certaine limite, les tissus se déchirent. Est c'est précisément ce qui peut arriver si l'une quelconque des anomalies mentionnées ci-dessus existent au moment de l'accouchement. Dans ces cas en effet le corps de l'utérus se contracte énergiquement pour vaincre l'obstacle, mais le fœtus ne pouvant progresser c'est sur le segment inférieur et le col que se fait sentir tout l'effet de la contraction utérine. Il en résulte un allongement et un amincissement exagérés de ces parties et pour peu que cette situation se prolonge la paroi cède et se déchire.

Mais pourquoi, peut-on se demander, le péritoine

est-il intact dans certains cas tandis que dans d'autres il est fortement dilacéré? En un mot pourquoi y a-t-il ici rupture complète et là rupture incomplète?

La question est difficile à résoudre, car pour la production de cet accident rentrent en ligne de compte un certain nombre de faits dont l'ensemble est souvent malaisé à saisir.

Le siège de la rupture, croyons-nous, rentre pour une grande part dans le fait de lacération ou d'intégrité du péritoine. En effet, l'adhérence de la séreuse n'est pas la même sur tous les points de l'organe.

Très marquée et même intime au niveau du fond et de la partie supérieure du corps, elle diminue à mesure que l'on descend vers la partie inférieure. Sur le tiers inférieur du corps et sur le col il s'interpose entre la séreuse et la musculuse une couche de tissu cellulaire lâche qui très mince en haut s'épaissit graduellement en descendant et acquiert son maximum de développement au niveau du col où elle atteint parfois 10 à 15 millimètres d'épaisseur.

On comprend donc qu'une déchirure de la paroi musculaire intéressant la partie inférieure de l'organe laisse indemne le péritoine. En effet, à ce niveau la séreuse est d'abord protégée en quelque sorte par le plan cellulaire sous-jacent et de plus grâce à la faible adhérence qui l'unit à ce plan elle jouit d'une extensibilité plus considérable qui lui permet de se distendre sans se rompre.

Si au contraire la rupture porte ou se prolonge sur la partie supérieure du corps il est bien difficile que le péritoine y échappe. Et cela non seulement en raison de l'adhérence intime qu'elle contracte avec la musculaire, mais aussi en raison de certaines particularités qu'elle présente souvent pendant la grossesse et sur lesquelles Jacquemier, Duncan, ont appelé l'attention.

Ces auteurs ont en effet constaté que l'enveloppe péritonéale, quoique participant à l'hyperplasie que l'on observe au niveau des tissus de l'utérus gravide, subit à un plus haut degré que tout le reste de l'organe les effets de la distension mécanique qui peut, dans certains cas être poussée au point de produire des lacerations et éraillures de la séreuse. Aussi n'est-il pas besoin d'insister pour montrer combien sera faible à ce niveau la résistance opposée par le péritoine à la moindre distension.

Le siège de la rupture, venons-nous de voir, ne rentre en ligne de compte que grâce à l'adhérence, plus ou moins lâche suivant la région, que le péritoine contracte avec le plan musculaire par l'intermédiaire de la couche cellulaire. Mais il peut se faire que cette couche subisse des modifications qui changent sa structure et les rapports d'adhérence qu'elle présente à l'état normal. C'est ce qui arrive lorsque l'utérus et ses annexes ont été pendant un certain temps le siège d'une inflammation aiguë. Il se produit alors entre les tuni-

ques musculaires et séreuses des adhérences anormales qui facilitent la participation du péritoine à la déchirure musculaire.

Enfin il est inutile de faire remarquer que l'abondance de l'épanchement sanguin, le passage au travers la déchirure du fœtus, du placenta, seront aussi des facteurs qui, par la distension exagérée qu'ils déterminent au niveau de la poche péritonéale, engageront la séreuse à se rompre.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

Le tableau clinique de la rupture incomplète est dans l'immense majorité des cas le tableau clinique de la rupture complète, et il est bien difficile, pour ne pas dire impossible, lorsqu'on se trouve auprès d'une femme qui n'est pas encore délivrée et qui présente les symptômes de rupture utérine, de se prononcer sur l'intégrité ou la dilacération du péritoine.

C'est en effet, le plus souvent dans les deux cas le même appareil symptomatique. Pendant un effort, une contraction, une manœuvre obstétricale, la femme ressent tout à coup une douleur aiguë, angoissante. Cette douleur qui s'accompagne d'une sensation de déchirure est localisée en un point et diffère absolument de celle de la contraction utérine.

Bientôt le ventre se déforme, prend un aspect irrégulier. Si le fœtus ou seulement une de ses parties ont fait irruption hors de l'utérus, on les sent nettement au travers de la paroi abdominale. Au niveau de la vulve, il s'écoule une quantité plus ou moins considérable de sang liquide, brunâtre et sanieux. Par le toucher on peut ne trouver aucun changement dans la présentation, mais d'autres fois la partie qui se présentait

est hors d'atteinte. Enfin tous ces symptômes sont suivis d'un état général grave : la face est pâle, anxieuse, grippée, le nez est pincé, les lèvres se décolorent, la malade a des tendances à la syncope et à la lipothimie.

Lorsque la rupture incomplète se présente sous cet aspect elle est bien difficile à distinguer et ce n'est qu'une fois l'accouchement terminé que l'on pourra par un examen digital ou manuel très prudent se rendre compte de l'intégrité du péritoine. Et même par ce mode d'exploration, si la séreuse est soulevée et décollée dans une très grande étendue il sera fort mal aisé de se rendre compte de la part qu'elle prend à la lésion.

Cependant il est quelques signes dont la constatation et l'interprétation pourront faire supposer que la déchirure n'a pas atteint le péritoine.

C'est d'abord l'intensité moindre des symptômes locaux. Dans la déchirure incomplète en effet le fœtus n'est trouvé que très rarement dans la cavité abdominale. Aussi la déformation de l'abdomen et de l'utérus quoique ne faisant presque jamais défaut n'est pas aussi accentuée que dans la rupture complète.

Les contractions utérines dont la diminution ou la cessation est de règle dans la rupture complète, persistent au contraire le plus généralement dans le cas qui nous occupe. La raison en est peut-être dans ce fait que le corps de l'utérus qui est la partie active de l'organe est rarement intéressé lorsque la séreuse est intacte.

et la déchirure du segment inférieur ne doit que peu modifier la contraction, car le pouvoir contractile de cette zone est, sinon nul, du moins très peu accusé.

L'intensité de l'écoulement sanguin pourra elle aussi faire pencher pour l'intégrité du péritoine. L'on comprend en effet que si la séreuse est rompue la pénétration du sang dans la cavité péritonéale ne trouve aucun obstacle. Si au contraire elle est intacte elle s'oppose au libre accès dans l'abdomen du liquide sanguin lequel s'épanche au dehors.

Enfin dans certains cas il sera possible de constater un signe sur lequel Tarnier et Jolly ont attiré l'attention et dont la présence indiquera une rupture de l'utérus sans participation du péritoine. Nous voulons parler de la possibilité qui peut se présenter de percevoir, par la palpation de l'abdomen ou le toucher vaginal, une tumeur de dimensions variables rénitente, fluctuante, qui n'est autre que la masse sanguine collectée sous la séreuse.

Dans le cas constaté par Tarnier et Jolly on trouvait au dessus du pubis une tumeur volumineuse bien circonscrite et ressemblant à la vessie distendue par l'urine. Cette tumeur faisait pourtant une saillie, plus nettement limitée et paraissait remplie par une masse gélatineuse. A l'autopsie on trouva une cavité sous-péritonéale qui une fois remplie reproduisait la saillie constatée pendant l'accouchement.

Dans un fait rapporté par Ross, la partie la plus

proéminente du ventre était exceptionnellement molle et on la prit d'abord pour la vessie. Mais l'autopsie prouva qu'elle était formée de sang et de gaz qui soulevaient le péritoine.

Collins a observé un cas où le péritoine était distendu comme une vessie par du sang épanché sous lui.

Jolly rapporte aussi un cas de Paulty dans lequel on trouva à l'autopsie au-dessus des symphyses une tumeur de la grosseur du poing. Elle était formée par un soulèvement du péritoine qui communiquait avec la rupture et était remplie de sang et d'air.

Mais ce n'est pas seulement au niveau de la région hypogastrique que la collection péritonéale peut se manifester.

Hecker a signalé dans deux cas l'existence de tumeur analogues et n'en différant que par le siège. « Un signe dit-il que j'ai pu constater jusqu'à présent dans deux cas et qui à ce qui me semble indique avec une grande certitude l'apparition d'une rupture utérine incomplète, c'est l'existence d'une tumeur refoulant en arrière ou sur les côtés la paroi du vagin et produite par un épanchement sanguin dans le tissu cellulaire situé entre la vessie, l'utérus et le vagin, en un mot la formation d'une hématocele ante-utérine extra-péritonéale. Toutes les fois que dans le cours d'un accouchement qui sans cela ne porterait pas en soi de caractères suspects il se forme sur la paroi antérieure du

vagin une tumeur tendue, élastique, s'accroissant rapidement, et que cette tumeur ne peut être produite ni par une chute du vagin ni par une cystocèle vaginale, l'existence d'une rupture incomplète de l'utérus est extrêmement probable ».

Ross paraît aussi avoir observé un symptôme à peu près semblable, il trouva dans le vagin un corps, large, mou, qui à l'autopsie fut reconnu pour être une masse sanguine collectée dans le péritoine.

Mais il est bien évident que cette tumeur ne peut être constatée que si l'enfant est resté dans l'utérus et si le décollement du péritoine ne s'étend pas au loin à l'intérieur ou en arrière des ligaments larges.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Rupture du segment inférieur. Péritoine intact. Guérison
(In thèse de Brossard).

La nommée Lef..., femme Fred..., primipare, âgée de 45 ans, est entrée à la Maternité le 12 mars 1889 à 8 heures du matin. Premières règles à 15 ans, irrégulières. Durée habituelle 4 ou 5 jours. Règles abondantes.

Dernières règles du 22 au 30 mars 1888. — Premières douleurs 8 mars 1889 à 8 heures du soir.

La malade dit avoir eu des douleurs expulsives depuis le 9 mars jusqu'au 11 à 8 heures du soir. A ce moment la sage-femme qui l'assistait fit demander deux médecins qui firent prendre de l'ergot de seigle à la malade et tentèrent deux applications de forceps sans résultat.

Ils envoyèrent alors la malade à la Maternité le 12 mars 1889.

Utérus très irrégulièrement développé, vessie très distendue par l'urine. La dilatation est complète. La tête profondément engagée en O.I.G.A. empêche de pratiquer le cathétérisme.

On n'entend pas les battements du cœur.

Application de forceps par M. Chavanne en présence de

M. Bouilly. Extraction facile. L'enfant du sexe masculin et du poids de 3.770 grammes est mort et macéré.

Les liquides qui s'écoulent des voies génitales sont entièrement fétides, Mme Henry fait la délivrance artificielle et ensuite plusieurs injections chaudes avec la solution de sublimé à 1 pour 5.000.

En mettant la main dans l'utérus on constate une rupture du segment inférieur, ainsi qu'une déchirure de l'insertion vaginale.

Mme Henry put aller au travers la déchirure jusque dans la cavité abdominale, elle ne pensa pas avoir pénétré dans la cavité péritonéale, le péritoine lui parut seulement décollé. Injection et gaze iodoformée dans le vagin. Sur l'abdomen on mit trois sacs de glace. Pouls 160. Température 39.

L'urine que l'on avait retiré de la vessie après l'expulsion du fœtus contenait une assez grande quantité de sang.

Toutes les heures on fit une injection au permanganate de potasse à 0,50 centigrammes pour 1.000. Après chaque injection on remit de la gaze iodoformée dans le vagin.

Bouillon. Thé au rhum. Champagne. Bagnols. Grogs. Glace.

Le ventre se ballonne un peu, mais le lendemain le météorisme diminue. On continue le même traitement tous les jours.

Le 23 mars. — La malade quitte la chambre d'isolement.

Le 31 mars. — Après la chute d'une eschare on s'aperçut que la malade urinait involontairement, on constata l'existence d'une fistule vésico-vaginale. Néanmoins la malade quitta l'hôpital en bon état.

OBSERVATION II

Présentation du siège. Rupture incomplète de l'utérus
(in thèse Brossard).

La nommée D..., 34 ans, journalière, entre à l'hôpital Tenon, salle Baudelocque, le 24 janvier 1887. Bonne santé habituelle. Bassin normal. Réglée à 12 ans. Huit grossesses antérieures terminées par des accouchements normaux.

Neuvième grossesse actuelle. Date des dernières règles ignorée. Paraît à terme. Aucun accident pendant la grossesse.

Début du travail en ville le 23 à 9 heures du soir. Rupture des membranes le 24 à 4 heures du matin. Dans la journée du 23 le travail ne se faisant pas rapidement une sage-femme a donné du seigle ergoté à trois heures de l'après-midi.

A 5 heures un médecin a fait une série de tentatives d'extraction ; quatre applications de forceps ; chaque fois l'instrument a dérapé. La femme dit avoir beaucoup souffert pendant ces manœuvres.

Elle arrive avec un œdème assez considérable de la vulve. La surface du vagin est œdémateuse, émaillée par places.

A son entrée on constate au palper que l'utérus remonte très haut, il est contracté sur le fœtus en forme de sablier. Le ventre est douloureux surtout à droite. Il est impossible de reconnaître la moindre partie fœtale. A l'auscultation pas de bruits du cœur.

Au toucher la partie fœtale est engagée dans la moitié inférieure de l'excavation, on constate une présentation du siège en S. I. G. A. avec une énorme bosse séro-sanguine sur les fesses.

La jambe antérieure est complètement relevée. Le pied postérieur

est difficilement accessible. Quelques contractions utérines font descendre la partie fœtale jusqu'à la vulve.

A ce moment, (le 24 à 10 heures du soir), M. Bar arrive dans le service. M. Demelin fait l'extraction manuelle du fœtus. Le pied postérieur est amené, puis la jambe correspondante ; l'autre jambe et le tronc sortent assez facilement. Les bras, surtout l'anérieur sont assez pénibles à abaisser.

Issue de la tête facile. L'enfant, un garçon mort-né, pèse 4.400 grammes.

Aussitôt après l'accouchement, grand lavage au sublimé (12 litres). On en fait encore autant à 2 heures du matin le 25. Iodoforme sur la vulve. Vomissement vert aussitôt après la délivrance. Température 38°,2. Pouls 120.

Nuit assez calme.

Le 25 janvier. — Température matin, 38°,4. Pouls 120.

Grand lavage utérin avec eau phéniquée à 1/100.

État général assez bon. Léger ballonnement du ventre. Utérus douloureux à droite.

Le soir vomissement jaunâtre. Température 38°,6, Pouls 120. Lavage vaginal abondant.

Le 26 janvier. — Le matin, légère toux sans expectoration. Ventre légèrement ballonné. Dyspnée, cyanose, congestion pulmonaire à droite. Les ventouses sèches et scarifiées font disparaître presque complètement la dyspnée. Deux grands lavages dans les 24 heures. Le soir à 7 heures ballonnement du ventre plus accusé. Douleurs dans la partie droite de l'abdomen. Les phénomènes thoraciques ont beaucoup diminué. État cérébral normal. Vomissements abondants et porracés, puis noirâtres et fétides. Lochies très abondantes.

Incontinence d'urine (fistule probable).

Le 27 janvier. — Dans la nuit la respiration peu à peu s'embarasse, la face pâlit, la malade s'affaiblit de plus en plus et meurt à 5 h. 1/2 du matin.

Autopsie. — L'utérus a un volume normal, il est incliné à gauche et de ce côté le ligament large est normal.

Vaste hématome à droite, formant une tumeur grosse comme une orange, fluctuante, dans l'épaisseur du ligament large droit, dont la surface séreuse n'est pas enflammée. La saillie se fait entre le ligament rond et la trompe. En avant de cette saillie on constate que la paroi est très amincie, elle se continue avec la paroi du segment inférieur qui présente en avant et à droite la séreuse éraillée et dans cette éraillure apparaît la paroi musculaire de l'utérus.

L'incision faite on tombe dans une cavité remplie de caillots noirs s'étendant en bas jusqu'au plancher pelvien, aboutissant vers la ligne médiane à une large ouverture dans laquelle on peut passer 4 doigts.

Cette ouverture s'est faite aux dépens du segment inférieur de l'utérus. L'épanchement sanguin longe la face postérieure de l'excavation et en haut fuse en soulevant le péritoine jusqu'à 7 ou 8 centimètres au dessus du bord inférieur du cœcum.

Rien entre la vessie et l'utérus

Foie et reins normaux.

Cœur un peu gros.

Poumons congestionnés.

OBSERVATION III

Hydrocéphalie. — Rupture incomplète par distension du segment inférieur (Gessner).

Femme âgée de 22 ans. — Deuxième grossesse. Le travail a débuté le 8 novembre 1894 par la rupture de la poche des eaux. Vingt-quatre heures après la dilatation était complète et la tête fœtale engagée dans le bassin. Le médecin appelé par la sage-femme tenta une application de forceps mais ne parvint pas à articuler l'instrument. Il porta le diagnostic d'hydrocéphalie et menaces de rupture utérine avec mort du fœtus. Il fit transporter la malade à la clinique.

A son arrivée on constate que les contractions utérines sont fortes et régulières. Le pouls est bon et bat 92. La malade se plaint de violentes douleurs dans le côté droit de l'abdomen. Au-dessus de la symphyse il existe une tumeur dure, arrondie, régulière, remontant jusqu'à l'ombilic. L'utérus très contracté est à gauche; il arrive au niveau du rebord costal et n'est séparé de la première tumeur que par un sillon de la largeur de deux doigts, d'ailleurs il fait corps avec ladite tumeur.

L'abdomen est douloureux à la palpation tout particulièrement du côté droit. Dans la cavité pelvienne on sent au toucher la tête hydrocéphalique.

Après anesthésie et désinfection de la malade on procède à la perforation du crâne avec les ciseaux de Noëgelé. Il s'écoule plus d'un litre de liquide légèrement sanguinolent. L'extraction de la tête est ensuite facile. La délivrance ne présente aucune difficulté. A l'exploration on constate une large déchirure commençant immédiate

ment au-dessus de l'orifice externe, siégeant à droite et en avant et remontant jusqu'à l'anneau de contraction, il ne semble pas que le péritoine soit intéressé. Il n'y a pas d'hémorrhagie, aussi on se contente de tamponner la déchirure avec gaze iodoformée. Les suites de couches furent normales, sauf une fistule vésico-cervicale qui survint le septième jour.

OBSERVATION IV.

Présentation transversale. Rupture incomplète de l'utérus. (Gessner).

La malade âgée de 35 ans, en est à sa septième grossesse.

Premières douleurs le 31 octobre 1894 au matin. Elle est examinée à 4 heures de l'après-midi.

On constate que l'utérus situé à gauche est douloureux à la palpation et très dur, et l'on ne peut en raison de cela reconnaître la position du fœtus. Le bassin est normal. La main droite de l'enfant apparaît à la vulve et l'on constate dans le vagin la présence d'une anse de cordon. La dilatation est complète, les douleurs régulières. La température est de 36,°5. Le pouls est bon, il est à 68.

La parturiente est chloroformisée. Tout à coup, pendant la désinfection, les pulsations du cordon s'arrêtent presque complètement et la configuration de l'abdomen se modifie. L'utérus est refoulé à droite, et à gauche on sent très distinctement le siège et les pieds de l'enfant. Aucune modification du pouls maternel, pas d'hémorrhagie.

A l'exploration interne on constate une déchirure qui du cul-de-sac vaginal postérieur s'étend à gauche et en haut et se termine par un bord très net au niveau de l'anneau de contraction. Le siège et

la jambe droite de l'enfant sont sortis à travers cette déchirure. Une version par le pied gauche permet de procéder à l'extraction d'un enfant de 2.600 grammes et qui bien que légèrement asphyxié est rappelé à la vie. L'hémorragie est peu abondante, le pouls reste bon.

Par le toucher on constate une large solution de continuité de la paroi utérine paraissant communiquer avec la cavité péritonéale. On procède au tamponnement de la déchirure et du canal vaginal avec de la gaze stérilisée, puis on fait un tamponnement compressif externe.

Mais l'état général devenant inquiétant on procède à une laparotomie.

A l'ouverture de l'abdomen, on ne trouve pas de sang dans la cavité péritonéale, mais l'utérus est repoussé à droite par un hématome du ligament large qui atteint le volume d'une tête d'enfant.

L'utérus est remis en place et la cavité abdominale refermée.

Les suites de couches sont normales sauf une légère augmentation de la température pendant les premiers jours.

A la sortie de la femme on constate que l'utérus a son volume normal, qu'il est mobile, qu'il existe une légère déchirure cervicale, tandis que la déchirure vaginale se présente sous forme d'une fine cicatrice se prolongeant dans le paramétrium gauche et qu'à la place de l'hématome il n'existe du côté gauche qu'un petit point résistant, diffus, indolore.

OBSERVATION V (Résumée)

Bassin vicié. — Présentation transversale. — Rupture incomplète de l'utérus (Dolérís, in Annales de Gynécologie, 1884).

H., 35 ans, culottière, a eu deux accouchements antérieurs qui se sont terminés sans nécessiter d'intervention, mais qui ont présenté une durée insolite.

Elle était arrivée au terme de sa troisième grossesse actuelle à la fin de décembre 1883. Le travail commença le 29 à 8 heures du soir.

La sage-femme qui l'assistait ayant diagnostiqué une présentation vicieuse demanda l'aide d'un médecin.

Celui-ci se livra à des tentatives de version qui restèrent infructueuses. Il fit alors conduire la malade à la clinique d'accouchement.

La malade entre à la clinique le 30 décembre à 6 heures du matin.

Le facies est pâle, grippé, les lèvres sont décolorés, le nez est pincé. La peau est froide; le pouls petit et fréquent.

La malade a perdu une quantité considérable de sang, ses vêtements et ses bas en sont inondés.

Examen. — Le ventre est développé en largeur. Le fond de l'utérus est très élevé, il vient appuyer contre le diaphragme.

Le fœtus occupe une situation tout à fait insolite. Il est couché transversalement au niveau de la région supérieure de l'abdomen.

Le siège est logé dans l'hypocondre droit. La tête fait saillie dans

le flanc gauche. Le dos dessine une courbe transversale convexe en haut et en avant.

L'auscultation ne laisse entendre aucun bruit fœtal.

Pour le toucher on constate l'existence de parties contuses et dilacérées dans le vagin et au niveau du segment inférieur de la matrice.

L'utérus est non-seulement rompu latéralement, mais il a aussi cédé dans une partie de ses insertions au vagin.

Le bassin est rétréci dans son diamètre conjugué. La femme présente du reste des déformations rachitiques au niveau des tibias qui justifient cette malformation du bassin.

Le même jour, 30 décembre, à 10 heures du matin, M. le professeur Pajot examine la malade. Il décide d'intervenir immédiatement.

On endort la malade et on lui fait une abondante injection intra-utérine avec la solution tiède de sublimé au millième.

M. Pajot ayant introduit profondément la main, pénètre dans une vaste cavité anfractueuse, irrégulière, à parois déchiquetées, remplie de caillots et traversée par des travées de tissu conjonctif.

Cette cavité siège au niveau du cul-de-sac antérieur. Elle se prolonge vers le bord gauche rompu de l'utérus et pénètre entre les deux feuillets du ligament large gauche.

La déchirure de la paroi utérine est considérable. Elle remonte sur le bord gauche à une assez grande hauteur et de plus contourne transversalement la région cervicale gauche en s'étendant de sa partie antérieure à sa partie postérieure.

Considérant, qu'en raison de la date de l'accident, la femme avait de grandes chances d'échapper à l'infection, que le plus sûr moyen d'arrêter l'hémorrhagie était de débarrasser l'utérus, l'enfant

paraissant en outre contenu en grande partie dans la matrice, Monsieur Pajot réintroduit la main et pratique la version par les voies naturelles.

L'évolution du fœtus, le dégagement du tronc se font sans difficulté. La tête seule résiste et l'on doit appliquer le céphalotribe.

L'opération qui a duré trente-cinq minutes est terminée à 10 h. 1/2.

Après l'opération on laisse reposer la malade pendant deux heures. Puis on lui fait une injection avec la liqueur de Swieten juste dans le foyer de la rupture.

Température : 37°2.

Pouls : 124.

31 décembre. — Température : 37°5. Pouls : 108. Injection antiseptique.

Comme il est difficile de conduire, en raison du délabrement des organes, une sonde rigide jusque dans la profondeur du foyer de rupture, on use d'un drain long et épais qui, porté avec le doigt jusqu'au cul-de-sac vaginal, est ensuite repoussé avec précautions jusqu'aux régions supérieures de la rupture. On pratique ainsi une irrigation très lente.

Les lochies sont peu abondantes et inodores. Le soir, nouveau lavage antiseptique comme celui du matin. Grog. Bouillon.

1^{er} janvier. — Injection profonde avec le drain.

Température : 37°6.

Pouls : 103.

Rhum. Bouillon. Lait.

2 janvier. — Injection utérine. Température : 38°8. Pouls : 116. On

administre 0,50 centigrammes de sulfate de quinine. Lait. Bouillon. Rhum.

3 janvier. — Injection intra-utérine. La malade est ainsi traitée par des lavages antiseptiques jusqu'à la fin de la quatrième semaine-époque à laquelle elle sort guérie de l'hôpital.

Examinée la veille de son départ, on trouve les indices de la déchirure sur le côté gauche du col. Mais nulle part l'on ne peut constater le moindre empatement, la moindre tumeur, pas même une augmentation quelconque du corps de la matrice, qui puisse laisser soupçonner l'existence de quelque lésion utérine ou péri-utérine autre que les vestiges de traumatisme au niveau de la portion cervicale.

• OBSERVATION VI.

Présentation de l'épaule. — Rupture incomplète de l'utérus. Vaste thrombus sous-péritonéal (in *Bulletin et Mémoires de la Société obstétricale et gynécologique de Paris* 1897. p. 13).

La nommée C... femme V... K. âgée de 41 ans, XIV est prise de douleurs le 8 janvier au matin. La sage-femme appelée peu après, rompt les membranes et laisse les choses en l'état. Pendant la journée du 8, du 9 et du 10, les contractions se succèdent avec énergie sans faire avancer la présentation.

Enfin très faible, très pâle, toute anhéante et cyanosée la malade est amenée dans la soirée du 10 à l'hôpital Saint-Louis. Son pouls est incomptable et imperceptible, la température axillaire au-dessous de la normale. A la vulve pend un bras gauche tuméfié et un cordon froid et sans battements. Pas de bruits du cœur. Au toucher : épaule gauche en A. I. D.

L'enfant fut extrait pour la version podalique qui s'effectua avec une facilité extrême, facilité qui est un bon signe de rupture utérine.

L'enfant pesait 3650 gr. il fut immédiatement suivi du placenta ; le vagin fut lavé et bourré de gaze.

Nuit agitée. Faiblesse extrême.

Le lendemain matin à la visite, le ventre est ballonné, le facies tiré, le pouls imperceptible, la température est 38° 8. Ce seul aspect fait soupçonner la rupture de la matrice.

A l'examen en effet on sent l'utérus largement déchiré du côté gauche sur toute la hauteur du col et la déchirure paraît se poursuivre le long du bord gauche.

Le corps utérin est refoulé à droite. Du côté gauche les doigts pénètrent dans une vaste cavité latéro et postéro-utérine remplie de caillots, de filaments conjonctifs et vasculaires, où l'on sent en arrière battre les artères iliaques.

Cette cavité s'étend très loin en haut et en arrière, plus haut qu'on n'ose aller. Les doigts soulèvent comme un voile membraneux très ténu au-dessus duquel on a la sensation élastique des intestins remplis de gaz. Ce voile est le revêtement péritonéal décollé, flottant, qui est demeuré intact.

La cavité est, avec mille autres précautions, débarrassée des plus gros caillots, puis lavée très prudemment avec de l'eau bouillie, enfin bourrée de lanières iodoformées. L'utérus est également rempli de gaze. La malade est soumise aux inhalations d'oxygène, aux injections de sérum, aux piqûres d'éther, aux pilules d'opium. Le ventre est recouvert d'un vaste cataplasme glacé. Les urines n'ont pu être recueillies. Ce pansement avait eu lieu le 11 au matin.

La journée s'est passée sans changements sauf que des vomissements abondants se sont manifestés et que le ballonnement s'est accru. Cet état s'aggrave dans la journée du 12 et le soir la malade succombe.

L'autopsie a été faite le 14.

A l'ouverture du ventre on constate des lésions de péritonite débilitante. Nulle part le revêtement séreux du péritoine n'avait été rompu. L'utérus était rejeté à droite. Vers la gauche, depuis le bord utérin et remontant sur la paroi postérieure jusqu'au milieu de la région rénale, existait une ecchymose violette-verdâtre qui occupait toute la paroi postérieure de l'abdomen à gauche de la colonne vertébrale. Toute cette portion ecchymotique était soulevée par des caillots qu'on pouvait deviner. En effet, derrière le péritoine existe une vaste cavité remplie de sang coagulé remontant jusqu'au milieu du rein et communiquant en bas avec le col utérin et le cul-de-sac vaginal gauche rompus.

La déchirure cervicale remonte sur le bord utérin moins haut qu'on ne l'aurait supposé et s'arrête au niveau de l'anneau de contraction très nettement visible.

Une suffusion sanguine s'étend tout à l'entour sur le vagin et sur l'utérus. Elle s'infiltre au-dessus de la déchirure, sous le revêtement péritonéal, envahit toute la moitié gauche des faces antérieure et postérieure de l'utérus et s'élève en haut jusqu'à la corne gauche.

La vessie, les reins, le foie, le cœur et les autres organes sont intacts.

OBSERVATION VII

Tentatives de forceps faites en ville. Basiotripsie à l'hôpital. Rupture incomplète de l'utérus (in thèse de Brossard).

La nommée Pauline A... 19 ans, couturière, entre à la salle Paul-Dubois à l'hôpital Saint-Louis le 11 mars 1889 à 3 heures du soir.

Primipare, constitution faible, assez souvent malade dans son enfance, bronchites répétées, à 10 ans attaques nerveuses dont il est difficile de déterminer la nature.

Réglée à 14 ans. Irrégulièrement au début. Durée habituelle 4 jours. Dernières règles du 25 au 29 juin 1888, la grossesse est donc sensiblement à terme.

Pendant sa grossesse la malade a été sujette à des nausées, des vomissements, des douleurs lombaires et abdominales. Enfin vers le terme de sa grossesse œdème assez considérable de la jambe droite.

Premières douleurs le 8 mars à 1 heure du soir.

Rupture des membranes dans la journée du 9.

Dans la journée du 10, un médecin a fait en ville plusieurs applications de forceps sans résultat.

A son entrée à l'hôpital la malade est pâle, anémiée, le pouls est petit et fréquent = 130.

Examen. — Le ventre est volumineux, allongé dans le sens vertical. Contractions utérines sont nulles.

A la palpation. — Le ventre est dur, on sent une crépitation fine qui disparaît sous une pression un peu prononcée. Cette crépitation se sent sur toute la surface de l'utérus.

On ne peut sentir aucune partie fœtale par le palper.

Auscultation. — On perçoit la même crépitation que par le palper. Elle disparaît quand on augmente la pression.

On n'entend pas les bruits du cœur.

Au toucher. — Tête dans l'excavation, au détroit inférieur. On ne peut la soulever.

C'est le sommet qui se présente en O.I.D.P.

On ne peut arriver sur le promontoire.

La malade reste pendant 1 heure dans le même état. Pas de douleurs, aucun changement dans la position de la tête.

A 5 heures du soir M. Porak fait une basiotripsie.

L'extraction de l'enfant se fait sans trop de difficulté. L'enfant du sexe féminin pèse 2910 grammes sans l'encéphale, sa longueur est de 52 centimètres. Pendant l'opération on fait une irrigation continue.

Le périnée est déchiré presque jusqu'au sphincter. Odeur infecte du fœtus, ainsi que de l'arrière-faix qui est expulsé spontanément 1/4 d'heure après.

Injection au sublimé à 1/6000, puis à eau boriquée. 4 serre tines au périnée.

La malade qui aurait été soumise à l'action du chloroforme présente à son réveil un pouls très faible. On fait une injection hypodermique d'éther, une injection hypodermique d'ergotine.

Toute la soirée la malade reste très abattue.

A 10 h. du soir elle se plaint d'un point de côté violent au niveau des fausses côtes gauches, on fait une injection sous-cutanée de morphine. Glace sur le ventre. Todd. Rhum. Nuit calme. Un peu de sommeil.

Le 12 mars. — Au matin, ventre ballonné, douloureux à la pression, Traits tirés, faciès péritonéal, nausées fréquentes.

Odeur prononcée des lochies.

Irrigations chaudes continues.

Même état toute la journée. Le soir la malade s'affaiblit, ses traits se tirent de plus en plus, le nez se pince, elle fait entendre des plaintes continuelles sans pouvoir préciser l'endroit où elle souffre. Injection de morphine $1/2$ ctig.

Dans la nuit somnolence interrompue par des plaintes. Affaiblissement progressif.

Le 13 mars. — La malade meurt à 4 h. du matin.

Autopsie faite le 14 mars. — L'abdomen est très distendu, il s'affaisse dès qu'on l'ouvre et laisse échapper une grande quantité de gaz d'odeur fétide.

Le péritoine est absolument désagrégé, il forme à la surface les organes comme des sortes de petits amas de pus concrété.

Les intestins sont dilatés, distendus par les gaz, les anses intestinales sont accolées des unes aux autres, mais non adhérentes, elles se séparent facilement.

L'utérus est volumineux comme celui d'une femme récemment accouchée. La surface est noirâtre, elle présente des soulèvements du péritoine formant des poches remplies de gaz.

La surface de l'utérus est noir verdâtre, la masse utérine se sépare bien des parties avoisinantes, sauf la portion latérale gauche qui est absolument fixée dans la fosse iliaque correspondant aux tissus environnants, on ne peut l'isoler au niveau que par dissection.

On ouvre l'utérus par sa face antérieure. La muqueuse est très épaisse, irrégulière, sphacélée sur toute l'étendue, cet aspect est

marqué au niveau du col où cette muqueuse se détache sous forme de lambeaux sphacelés.

Au niveau de l'union du col et du corps sur la partie latérale gauche on trouve une déchirure profonde formant une anfractuosité qui peut admettre facilement le pouce comme profondeur. Cette déchirure occupe toute l'épaisseur de la paroi musculaire cependant le péritoine n'est pas perforé à ce niveau. La cavité contient un peu de pus.

Poumon gauche congestionné, un ganglion crétaé au niveau du hile.

Poumon droit : au sommet congestion, un petit amas de tubercules durs et crétaés.

Adhérences pleurales des deux côtés.

Cœur normal ainsi que péricarde.

Foie volumineux avec de petits infarctus à la convexité, un peu gros à la coupe.

Rate congestionnée.

Reins volumineux, uretères et bassinets très dilatés.

OBSERVATION VIII

Application de forceps. Rupture incomplète de lutérus
(in thèse Brossard. Observat. XII).

Eand..., 33 ans, entrée à l'hôpital le 2 janvier 1878. En travail depuis 24 heures, ayant subi déjà plusieurs tentatives de forceps infructueuses.

Examen. — Organes génitaux externes turgescents. Eschares vulvaires. Ventre très douloureux. Dyspnée. La malade n'a pas eu de frissons. Temp. 37°. Pouls petit, fréquent. Application de forceps à la vulve. Extraction d'un fœtus mort à terme. Poids 4.200. Pas de frissons pas de vomissements.

Dyspnée. Refroidissement des extrémités. Sueurs froides. Faciès péritonéal. La température s'élève à 38°. Pouls très petit irrégulier.

Agonie dans la journée. Mort à 4 h. 25 du soir.

Autopsie. — La cavité péritonéale contient un liquide sanguinolent assez foncé. La surface intestinale est arborisée et recouverte par place de fausses membranes.

Le sang est surtout abondant dans le petit bassin.

Les ligaments larges sont infiltrés de sang et après l'ablation de l'utérus on trouve que le segment inférieur est violemment contus il déchire sans que cependant la déchirure aille jusqu'au péritoine.

C'est du segment inférieur de l'utérus que le sang s'est infiltré entre les feuillets du ligament.

Le ventre, les parois, les ligaments et même le muscle utérin sont le siège d'un emphysème énorme.

OBSERVATION IX

Bassin rétréci. Rupture incomplète de l'utérus. Déchirure secondaire du péritoine (Doleris et Bonnas, in *Bulletin et Mémoires de la Société obstétricale et gynécologique de Paris*, 1896).

La nommée M... 32 ans, domestique, entre le 2 janvier 1896 à l'hôpital de la Pitié dans le service d'accouchement de M. Doleris.

L'aspect général de cette femme exprime la misère physiologique.

Elle travaillait beaucoup et n'a abandonné ses occupations qu'au moment d'entrer à l'hôpital. Elle paraît avoir des habitudes alcooliques.

La bouche est dans un état pitoyable. Depuis trois ans, à son dire, cette femme est atteinte de gingivite à forme gangréneuse. La mastication est difficile. Diarrhées fréquentes. Alimentation très mauvaise:

Elle en est à sa quatrième grossesse. Pas de renseignements sur la 1^{re} grossesse; à sa 2^e grossesse elle accouche à la clinique de la rue d'Assas où l'on a trouvé les renseignements suivants: diamètre promonto-sous-pubien: 10 ctm 2. On provoque l'accouchement à 8 mois et demi avec ballon Tarnier. Terminaison spontanée. Sommet, droite postérieure.

La mère et l'enfant partent en bon état. On retrouve les indices d'une troisième grossesse mais on ne possède pas de détails.

Grossesse actuelle. — La malade arrive à la Pitié pour son 4^e accouchement le 20 janvier 1896. Dernières règles du 15 au 18 avril 1895. Rien de particulier pendant la grossesse. Premières douleurs le 19 janvier 1896 à 5 h. du matin.

Au cours des renseignements qu'elle fournit la malade dit qu'elle est affectée de prolapsus utérin.

Les membranes sont rompues depuis la veille à 11 h. du soir, c'est-à-dire depuis 6 heures.

La tête est en O.I.D.T. Elle est très haut. Les pariétaux sont à peine engagés au détroit supérieur. Bosse séro-sanguine volumineuse. Battements du cœur bons.

A 6 h. du matin, une heure après son arrivée, la femme perd du sang en assez grande quantité. Les bruits du cœur deviennent alors

lents et sourds. L'hémorrhagie s'arrête au bout de peu de temps.

A la palpation on sent l'utérus qui est contracté. Dans sa partie supérieure et en avant on trouve une zone molle, dépressible de consistance pâteuse. La pression n'y éveille aucune douleur. A ce niveau un pied fait une saillie marquée, il semble n'être séparé de la main que par la peau.

Au toucher : on trouve la tête engagée en D. T. et elle paraît bien fixée. Bosse séro-sanguine volumineuse. On sent encore du col en avant surtout.

Douleurs fréquentes, contractions utérines violentes, pseudo-tétanisme.

Pas de tendance à la syncope, pas de sensibilité abdominale.

En présence de l'état de l'enfant on tente une application de forceps. La tête fœtale repoussée doucement pour pouvoir appliquer les cuillers remonte tout d'un coup et l'on sent un pied, le pied droit qui tombe dans la main de l'opérateur. On pratique la version. Il s'écoule une certaine quantité de sang.

A peine le pied est-il à la vulve que la lèvre antérieure du col se présente à l'orifice vulvaire. Cette lèvre est très œdématiée, très épaissie.

La version et la délivrance se font sans incidents. Injection de sublimé, le liquide sort en entier à peine teinté.

L'utérus est très rétracté. Etat général bon rien ne différencie la patiente d'une accouchée normale.

Fœtus pèse 2510 gr. Il ne peut être ranimé.

La température prise dans la matinée après l'accouchement est de 36, 2. La malade est un peu faible et a une diarrhée fréquente, le ventre n'est pas ballonné ; il est peu sensible à la pression au niveau

de l'utérus qui est complètement rétracté et présente un volume normal.

Le 21 janvier, lendemain de l'accouchement :

Température 36, 5. Vomissements fréquents, non verdâtres. La malade ne peut conserver ni aliments ni médicaments.

Diarrhée fébrile, 10 à 15 selles par jour, contenant du sang en partie digéré.

Pouls lent et faible.

Pupilles dilatées.

Le ventre n'est pas ballonné, l'utérus est rétracté. Légère douleur à la pression au niveau de l'utérus et surtout de la fosse iliaque droite.

11 janvier. — Abattement profond, vomissements noirâtres. Selles presque continuelles. Ventre très peu ballonné et douloureux. Pouls faible. Température 36, 2.

Sérum artificiel, champagne.

Dans la nuit accès de suffocation avec tendance à la syncope. Fortes coliques abdominales.

23 janvier. — La malade se refroidit et meurt à 11 heures 30 du matin.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen on trouve dans le péritoine un épanchement-sanguin d'un litre environ.

L'utérus est gros et très dur, on constate sur sa face antérieure à 2 ou 3 cent. au-dessus du sillon vésico-utérin une déchirure transversale du péritoine allant de gauche à droite et se continuant au niveau du bord utérin droit avec une courte déchirure verticale. A ce niveau le caillot péritonéal se continue avec un vaste caillot sous-péritonéal.

Le segment intra-vaginal du col forme un anneau incomplet du

côté droit. La déchirure a une direction analogue à celle du péritoine, c'est-à-dire ascendante dans l'espace de 1 à 2 cent. et transversalement oblique de droite à gauche dans une étendue de 5 à 6 cent.

Les veines du bassin sont fortement ectasiées et offrent l'aspect du varicocèle féminin. Un caillot aplati s'étale entre la couche externe celluleuse et le muscle proprement dit. C'est à la faveur d'un large décollement de ce tissu cellulaire que le sang a pu rompre le péritoine et faire irruption dans la grande cavité séreuse. En résumé les phénomènes s'enchaînent de la façon suivante : rupture, thrombus sous-péritonéal, effraction lente de la séreuse, hémorrhagie intra-péritonéale.

OBSERVATION X

Présentation de l'épaule. Rupture incomplète de l'utérus.

Laparotomie. (Communiquée par M. Bar).

B... femme F..., ménagère, primipare, âgée de 21 ans, entre le 5 juin 1898, à 8 heures du soir à la Maternité de l'hôpital Saint-Antoine.

A marché à 14 mois, toujours très bien. Régliée à 16 ans. Régulièrement. Pertes durent 4 à 5 jours.

Antécédents pathologiques. — Nuls.

Dernières règles vers le 10 août 1897. Pas d'accidents pendant sa grossesse. Bassin normal.

A son entrée dans le service, le 5 juin 1898 à 8 heures du soir, la dilatation est presque complète. Les membranes sont rompues et la malade ne peut préciser depuis combien de temps.

Elle dit avoir de petites douleurs depuis deux jours. Ces douleurs augmenté d'intensité le 5 juin vers 4 heures de l'après-midi. Un médecin appelé à ce moment auprès d'elle aurait tenté de faire une version.

Au toucher on trouve un bras procident, c'est le bras droit. Le cordon est aussi procident et ne présente pas de battements. L'épau le s'engage dans l'excavation. C'est une présentation de l'épaule droite en A. I. G. Les bruits du cœur foetal ne sont pas perçus par l'auscultation.

Température à l'entrée, 37, 2.

M. Keim interne du service voit la malade à 9 heures du soir. Il constate que la dilatation est complète, que le bras droit est procident, que le cordon est aussi procident et sans battements. Il décide de tenter une version après anesthésie chloroformique. M. Keim introduit la main droite dans le vagin et l'utérus, il repousse la tête en laissant le bras procident en place. Mais il lui est impossible d'atteindre les pieds.

Une deuxième tentative est faite avec la main gauche. Cette main pénètre facilement le long du plan postérieur mais il est encore impossible d'atteindre les pieds. Le fœtus est replié sur lui-même, les membres inférieurs accolés à la tête.

La tentative de version est suivie de la reprise des contractions utérines qui sont violentes, subintrantes et s'accompagnent d'un léger écoulement sanguin.

La malade se réveille, l'état général est bon. Dans l'intervalle de temps qui sépare les tentatives de version de l'arrivée de M. Bar l'évolution spontanée a des tendances à se réaliser, le bras proci-

dent descend en effet davantage au niveau de la vulve, le tronc est profondément engagé.

M. Bar arrive et après examen de la malade décide de procéder à une embryotomie.

La main introduite dans le vagin ne peut atteindre utilement le cou. On sectionne alors avec des ciseaux ordinaires la colonne vertébrale ; le fœtus est ensuite extrait sans difficultés. L'enfant, du sexe masculin, pèse 2540 grammes. Immédiatement après l'extraction du fœtus on fait la délivrance, le placenta était dans l'utérus.

M. Bar introduisant sa main dans l'utérus constate que le col est intact, ainsi que la paroi gauche de la matrice.

Mais du côté droit la main pénètre tout entière dans un très large orifice qui donne issue dans une vaste cavité au fond de laquelle la main semble percevoir des anses intestinales. Vers la partie interne de cette cavité la main peut saisir le corps de l'utérus isolé.

En présence de l'étendue de ces lésions M. Bar se prépare à faire une laparotomie.

Le ventre est ouvert, on constate que le péritoine est intact. Mais sur le côté droit de l'utérus il est complètement décollé et le sang chemine sous le péritoine pariétal jusque vers le rein.

C'est la paroi péritonéale qui avait été prise pour l'intestin.

On tamponne la grande cavité para-utérine et on referme l'abdomen.

6 juin. — La malade a été calme toute la journée. Le soir à 6 heures injection sous-cutanée de sérum artificiel. La malade se

plaignant de suffocations on lui fait respirer de l'oxygène. On prescrit en outre 1 gramme d'opium. Lait. Thé au rhum. Glace à l'intérieur.

7 juin. — Nuit agitée. Quelques vomissements qui n'ont pu être examinés. Temp. $38^{\circ}5$. On retire le pansement vaginal qu'on refait. Pas de fétidité. On enlève une petite partie du tamponnement utérin.

Les jours suivants, 8, 9, 10, 11 et 12 juin, l'état de la malade est satisfaisant. Pas de ballonnement du ventre, pas de fétidité des lochies. La température oscille entre $37^{\circ},2$ et 38° . On enlève tous les jours une petite partie du tamponnement utérin et le 11 juin les derniers restes de ce tamponnement sont enlevés. On renouvelle tous les matins le pansement vaginal à la gaze iodoformée. La malade prend : lait, bouillon, thé au rhum, iode.

Le 13 juin. — La malade a de la diarrhée, il y a 8 à 10 selles par jour. La température monte un peu, elle est à $38^{\circ},8$. On prescrit 1 pil. d'opium et 0,50 centigr. de sulfate de quinine.

Les 14, 15 et 16 juin. — Ce traitement est continué, mais l'état s'améliore.

Les 17 et 18 juin. — La température est à $37^{\circ},7$. Une selle par jour. Pas la moindre douleur au niveau de l'abdomen.

Le 19. — La malade ne souffre pas, mais elle éprouve une gêne respiratoire assez accusée. On lui donne : oxygène, 1 pil. d'opium.

Les 20, 21 et 22 juin. — Cette gêne respiratoire disparaît. La malade se trouve bien. Elle demande à manger. Elle prend lait, bouillon, potages ; la température oscille entre $37^{\circ},6$ et $38^{\circ},2$.

Le 23 juin. — En faisant le pansement vaginal on constate qu'il se fait au niveau du col un écoulement purulent. Le pus recueilli et exa-

miné renferme du coli-bacille. La température est à $38^{\circ},4$. Il y a une légère oppression. A l'auscultation on trouve des râles sibilants. On prescrit : ventouses sèches en avant, cataplasmes sinapisés en arrière.

Le 24 juin. — Il s'écoule toujours du col un pus crémeux. On fait une injection intra-utérine, puis un drainage à la gaze iodoformée. Température est à $39^{\circ},5$. Il y a toujours un peu d'oppression.

Le 25 juin. — L'écoulement purulent persiste. Injection intra-utérine. Température, 39° . 1 gr. de sulfate de quinine.

Le 26 juin — La température est tombée à $37^{\circ},2$. L'écoulement purulent a diminué. On ne fait pas d'injection intra-utérine.

Le soir à 3 heures la malade part de l'hôpital malgré les observations qui lui sont faites et sans l'autorisation de l'interne de service.

Le 21 octobre. — La malade vient à la consultation. Elle est en parfait état de santé. A l'examen de l'appareil génital on constate qu'il n'y a pas d'adhérences, que le corps de l'utérus est mobile, le col est incliné du côté droit.

OBSERVATION XI

Application de forceps. Rupture incomplète de l'utérus. Vaste hématome sous-péritonéal (communiquée par M. Bar).

Cap..., 35 ans, couturière, entre à l'hôpital St Antoine, pavillon Siredey, le 7 mai 1899 à 4 h. du soir.

Antécédents pathologiques nuls. A toujours bien marché. Réglée à 14 ans, régulièrement. Pertes durent 5 jours.

Cinq grossesses antérieures. Les quatre premières se sont terminées normalement à terme ; enfants vivants et bien portants.

A la cinquième grossesse, accouchement normal à terme, mais

aussitôt délivrée la malade est atteinte d'attaques d'éclampsie. L'enfant vivant et bien portant au moment de sa naissance meurt à l'âge de 9 mois de broncho-pneumonie.

Sixième grossesse actuelle. Dernières règles le 14 juillet 1898. Rien de particulier dans le cours de cette grossesse. Pas d'albumine, pas d'œdème, pas de varices, etc.

A son entrée le 7 mai la malade raconte qu'elle a été accouchée il y a trois jours chez elle par un médecin qui a fait une application de forceps ; elle était en travail depuis dix heures environ. L'enfant est mort quelques minutes après son extraction. La délivrance a été faite cinq minutes après l'accouchement par une sage-femme.

La malade ne peut donner de plus amples renseignements sur les divers accidents qui ont pu se produire.

Examen. — A son entrée le 7 mai 1899 à 4 heures du soir le ventre est très ballonné. L'utérus est gros, dur. Les lochies sont fétides. La malade expulse de nombreux caillots de sang et de grands lambeaux de membranes très fétides.

Température 37°3. Pouls 128.

La malade vomit ; les matières rendues sont noirâtres.

M. Bufnoir pratique le toucher. Il constate une déchirure du col siégeant sur le côté droit et remontant sur le segment inférieur qu'elle intéresse dans toute sa hauteur. Il sent nettement à la partie supérieure de la déchirure le corps utérin dont la paroi est épaissie et fortement contractée.

Cette déchirure, très large, permet l'introduction de la main et conduit dans la base du ligament large du côté droit.

A ce niveau on trouve une masse volumineuse de caillots, au mi-

lieu de cette masse cheminent comme une corde tendue les vaisseaux de la base du ligament large.

On fait un drainage vaginal à la gaze iodoformée et une toilette vulvaire.

9 heures soir. — On juge toute intervention inutile. Lavage à l'eau bouillie. Drainage à la gaze iodoformée. Glace sur le ventre. Injection de morphine.

L'état de la malade a empiré depuis le moment de son entrée, état général mauvais.

La respiration est courte, rapprochée. Les extrémités sont froides.

Linges et boules chaudes.

Jusqu'à minuit la malade qui souffre beaucoup se plaint continuellement. A partir de ce moment ses plaintes cessent, elle ne répond plus aux questions qu'on lui pose.

Les pupilles sont très dilatées. Pas de réflexes. La malade meurt à 4 heures du matin.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen on trouve les anses intestinales excessivement gonflées. Par places on observe des dépôts fibrineux non encore organisés en fausses membranes.

Le péritoine n'est pas dépolli. Le sang a fusé sous les ligaments larges droit et gauche. A droite l'épanchement remonte jusqu'à l'enveloppe cellulo-graisseuse du rein qu'il entoure, puis jusqu'au diaphragme. Les faces postérieures du cœcum et du colon ascendant sont recouvertes de couennes épaisses de 1 centimètre.

A gauche le sang remonte jusqu'à 2 ou 3 centimètres au-dessous du rein gauche, mais il est en très petite quantité.

Le foie est pâle, il présente à la face inférieure du lobe gauche de gros vaisseaux très apparents, il pèse 1380 grammes.

Les reins sont pâles, flasques.

Le rein gauche pèse 112 grammes. Il est intact, l'épanchement sanguin n'est pas remonté jusqu'à lui.

Le rein droit pèse 135 grammes. L'atmosphère cellulo-graisseuse qui répond à sa face antérieure est infiltrée de sang. Cette infiltration empiète légèrement sur les bords et les extrémités du rein, mais n'atteint pas la face postérieure qui est intacte.

L'utérus est gros, globuleux, il pèse 870 grammes. Sur son bord droit on trouve une solution de continuité qui s'étend de bas en haut et intéresse le col et toute la haute du segment inférieur. Le péritoine n'est pas déchiré, mais il est soulevé et forme une vaste poche. Cette poche remonte en hauteur, sur le bord utérin, jusqu'à l'extrémité supérieure de la déchirure. En arrière elle n'empiète que très peu sur les faces postérieures du col et du segment inférieur. En dehors elle occupe toute la base du ligament large droit; les deux feuillets de ce ligament sont séparés et entre eux courent les vaisseaux sanguins qui sont complètement disséqués mais non déchirés. En avant la poche émet un prolongement en doigt de gant situé entre la vessie et l'utérus, au-dessous et en arrière du cul-de-sac vésico-utérin. Ce diverticule s'étend transversalement de droite à gauche jusqu'au ligament large gauche.

OBSERVATION XII

Présentation de l'épaule. Rupture incomplète de l'utérus. Opération de Porro (communiquée par M. Bar).

B... femme V... raccommodeuse, entre à la Maternité de l'hôpital Saint-Antoine le 10 juillet 1897 à 9 h. 50 du matin,

Réglée à 16 ans, régulièrement. Perd pendant 8 jours. Pas d'antécédents pathologiques.

A eu une première grossesse à 18 ans qui s'est terminée par un accouchement à terme. La délivrance a été incomplète; suites de couches fébriles, curettage à l'hôpital Tenon. Deuxième grossesse actuelle. Dernières règles du 2 au 10 octobre 1896. Vers le sixième mois varices aux membres inférieures, œdème malléolaire le soir, légères douleurs dans les membres inférieurs après la marche.

Vers le milieu d'avril 1897 la malade ressent des douleurs vives dans le bas ventre. Ces douleurs sont continues, exagérées par la fatigue. Elles persistent pendant les trois dernières mois de la grossesse avec la même intensité. Ja nais d'hémorrhagies.

Le 9 juillet.— Vers 11 heures du soir la malade est prise brusquement, sans cause, d'une douleur intense, syncopale dans le bas ventre. Un médecin appelé pratique le toucher et retire son doigt couvert de sang; il se fait alors une hémorrhagie qui dure 10 minutes. La malade est mise au repos. La douleur persiste très forte durant toute la nuit.

Le 10 juillet. — A 9 h. 50 du matin la malade arrive à l'hôpital. Elle se plaint de douleurs continuelles et intenses dans l'abdomen. Le faciès est pâle, grippé. Temp. axillaire = 38°.

Le ventre est tendu, ballonné. Au palper on sent le fœtus qui est placé transversalement. La tête semble être dans la fosse iliaque gauche, le dos probablement en arrière. Les bruits du cœur foetal sont lointains et sourds, à peine perceptibles.

Au toucher on trouve un col long, fermé. Le segment inférieur situé au-dessus de la lèvre postérieure donne une sensation de gâteau placentaire et fait penser à un placenta prævià.

Le doigt est retiré couvert de sang.

Le bassin est normal.

On fait une injection vaginale au sublimé et on met une mèche de gaze iodoformée dans le vagin. Lait, thé au rhum. Told.

A 2 h. de l'après-midi la température = $38^{\circ},2$.

A 4 h. elle monte à $39^{\circ},4$. Pouls 120.

A 6 h. l'état général devient mauvais. Faciès pâle, diarrhée, vomissements bilieux.

A 6 h. 1/12 du soir M. Bar examine la malade. Le ventre est météorisé. A la percussion on trouve de la sonorité au-dessus et au niveau de l'ombilic ; au-dessous il existe de la matité. La palpation est très douloureuse, elle est en outre gênée par le ballonnement du ventre. M. Bar sent la tête dans la fosse iliaque droite, cette tête est très superficiellement placée et au travers la paroi abdominale on peut sentir les fontanelles et les sutures. M. Bar porte le diagnostic de rupture utérine et décide d'intervenir immédiatement.

L'opération est commencée à 8 h. du soir. Après cathétérisme vésical la paroi abdominale est incisée jusqu'à deux ou trois centimètres au-dessous de l'ombilic. On trouve le fœtus immédiatement sous le péritoine. Il est extrait ; son aspect montre qu'il est mort depuis peu de temps. L'enfant du sexe masculin pèse 2.500 gram.

Le placenta se trouve dans la fosse iliaque droite et dans la partie droite de l'excavation. Il a contracté des adhérences avec le péritoine pariétal.

Il est déchiqueté incomplet, il pèse 460 gr.

Le péritoine est rempli de sang.

Après ablation de la partie supra-vaginale de l'utérus on fait la toilette du péritoine, on retire une très grande quantité de caillots.

Le moignon est fait par l'utérus seul, deux pinces étant appliquées sur les ligaments larges en dehors des ovaires. Suture et fixation du pédicule entouré d'un lien en caoutchouc à l'angle inférieur de la plaie. Pansement à la gaze iodoformée.

A 11 h. du soir injection sous-cutanée de 500 gr. de sérum artificiel. A partir de ce moment la malade est sondée toutes les 2 heures.

Le 11 juillet. — A 2 h. du matin, injection sous-cutanée de 500 gr. de sérum artificiel. Pendant la nuit diarrhée noirâtre et fétide. La malade vomit les boissons qu'elle prend.

Le matin à la visite l'état général semble s'être amélioré. Lait, champagne, glace.

A 11 heures du matin, la température 38°, 2.

A 3 heures de l'après-midi, elle monte à 39°.

La diarrhée continue. L'ingestion de liquide s'accompagne de vomissements, ils sont noirâtres et produits sans efforts.

La quantité d'urine recueillie le 11 juillet de minuit à minuit est de 700 grammes.

La nuit est mauvaise. La diarrhée et les vomissements noirâtres continuent. Insomnie.

12 juillet. — A 10 heures du matin, M. Bar refait le pansement. Le moignon est cautérisé au thermo-cautère. Après le pansement la malade semble plus abattu, l'état général reste sensiblement le même jusqu'à 2 heures de l'après-midi.

A 2 heures du soir, subdélire.

A 3 heures l'état général s'aggrave. La diarrhée et les vomissements continuent. Température, 39°. Pouls 160.

A 3 h. 15 infection sous-cutanée de 500 grammes de sérum artificiel. La malade a un vomissement noirâtre pendant l'injection.

La malade meurt à 4 heures.

CONCLUSIONS

1° Il existe deux variétés de ruptures incomplètes de l'utérus. Dans les unes dites ruptures incomplètes externes, seul le péritoine ou le péritoine avec une partie de la couche musculaire sont atteints.

Dans les autres dites ruptures incomplètes internes, les couches profondes de la matricemuqueuse et musculaire, sont intéressées et le péritoine reste intact.

2° Dans les ruptures incomplètes internes le décollement peut être limité ou bien s'étendre à une grande distance et intéresser le revêtement péritonéal des organes abdominaux.

3° La solution de continuité de la tunique musculaire siège dans les ruptures incomplètes le plus souvent au niveau du segment inférieur ou du segment inférieur et du col.

4° Avant l'accouchement il est difficile de distinguer une rupture incomplète d'une rupture complète. Cependant il existe quelques symptômes qui pourront faire soupçonner l'intégrité du péritoine : déformation

moins considérable de l'abdomen et de l'utérus, persistance des contractions utérines, constatations par le palper abdominal ou le toucher vaginal de la tumeur sanguine sous-péritonéale.

Vu par le président de la thèse,
P. BUDIN

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- ALBERTS. — Berlin. klin. Wochensch., 1880, n° 45. Centralb. für Gynæk., p. 48.
- AMES. — Rupture de l'utérus. Americ. journ. of obstetr. Avril 1881.
- AMSTRONG. — Rupture de l'utérus. Virch. Hirsch., 1875. Med. Press, and Circul., 17 oct.
- ASTRUC. — Art d'accoucher.
- BANDL. — Über Ruptur der Gebärmutter und ihre Mechanik. Vienne, 1875.
- BATTLEHNER. — Rupture de l'utérus et du vagin. Annales de gynécologie, 1886, t. XXVI.
- BAYER. — Ruptures cervico-vaginales. Archiv. für Gynæk., t. XXI, 1883.
- BEST. — Med. and phys. journ., t. XII, 1805.
- BONNAIRE. — Archives de tocologie, 1891.
- BOSSY. — Nouvelles archives d'obstétrique, 1893.
- BROSSARD. — Thèse doctorat, Paris, 1890.
- BRENNEKE. — Ueber incomplete Uterusruptur. Diss. inaug. Halle, 1875.
- BREUS. — Zur Anat. der Geheilfen Uterusruptur. Wiener med. Blätter, Vienne, 1883, n° 24.

BUDIN. — Thèse agrégation Paris 1878. Société obstétricale de Paris, 9 mars 1898.

CHARPENTIER. — Ruptures de l'utérus. Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique, t. XXXVII. Traité d'accouchements, t. II, édit 1890.

CHEVALLIER-PRESTON. — The Lancet, 1883, juillet.

COCHET. — Annales de gynéc., t. XXV, 1889, p. 106.

COLLIM. — A. pract. treatise on midwif. London, 1836.

COTAGNE. — Archives de tocologie, 1883, p. 160.

COX. — Brit. med. journ., 1886, p. 721.

GROOM. — Centr. für Gynæk., 1880.

DENEUX. — Thèse Paris, 1804.

DOBERN. — Arch. für Gynæk. Bd , III, 1872, Berlin.

DOLÉRIS et BONNUS. — Bulletin et Mémoires de la Soc. obst. et gynéc. de Paris, 1896.

DOLERIS. — Ann. de gynéc., 1884, p. 195.

DUPOUY. — Thèse Paris, 1896.

DUNCAN. — Méc. de l'accouchement normal et path. Trad. Budin, 1876.

DUPARCQUE. — Histoire complète des ruptures de l'utérus. Paris 1836.

ENGELMANN. — Med. News. Sorturdorg, avril 1884.

FAURE. — Revue médicale de la Suisse Romande, t. VI, 1886.

FRANZ. — Central. für Gynæk., 1886.

FRITSCH. — Arch. für Gynæk. Berlin, 1875. VI^e Congrès de la Société allemande de gyn., juin 1895. Sem. méd., 1895.

GESSLER. — Semaine médicale, 1895, p. 411.

GOODFELLOW. — Am. journal of Obstet., sept. 1884.

GUILLEMEAU. — De la grossesse et de l'accouchement, t. II. Paris, 1621.

HALBERTSMA. — Centr. für Gynæk., 1881.

HARRIS. — Americ. journ. of obst., 1887, juillet.

HERVIEUX. — Des maladies puerpérales. Paris, 1876.

HOFMEIER. — Cent. für Gyn., n° 26, 1881.

HORROKS. — Transact. of the obst. soc. of London, t. XXXI 1889.

JOLLY. — Th. doctorat, Paris, 1870. Arch. de médecine, 1868, p. 287.

KALTENBACH. — Cent. für Gynæk., t. VII, 1883.

LABUSQUIÈRE. — Thèse doctorat, Paris, 1884.

LOHLEIN. — Zeitsch. für Gel. und Gynæk., t. I, 1876.

MACDONALD. — Edimb. med. journ., sept. 1877.

MAC-LEAN. — Med. Rec., 1887, mars.

MASSMANN. — Cent. f. Gynæk., 1878.

MATHESON. — Edimb. med. journ., févr. 1889.

MAYGRIER. — Rupture incomplète de l'utérus. Annales de la Société obst. de France, 1892.

MERZ. — Arch. für Gyn., 1894, t. LV.

MOSSBERG. — Cent. für Gynæk., 1880.

PAULLY. — Biblioth. für Laeger Bd., XIII.

PETIT. — Annales de Gynéc., 1874, t. I.

POLK. — Amer. Journ. of obst., juin 1886.

PROVISE. — Brit. med. journ., mars 1888.

RAEN. — Th. Paris, 1854.

RAKIN. — Cent. für Gynæk., 1879, p. 335.

REISZ. — Cent. für Gynæk., 1883, t. VII, p. 168.

REY. — Thèse Paris, 1854.

- RITBER. — Gaz. méd. de Paris, 1847.
- ROSS. — London journal of med. 1858, p. 136. Annals of med., t. III.
- SALOMONSEN. — Centralb. für Gynæk., 1886.
- SARCHI. — Centr. für Gynæk., 1886.
- SAURENHAUSS. — Zeitschr. für Geb. und Gynec., 1889, XVII.
- SCHAFER. — Frommel's jahresbericht, 1889, III.
- SCHLOTTFELD. — Centralb. für Gynæk., 1879, p. 286.
- SCHUCHARD. — Diss. inaug. Berlin, 1884.
- SCHULTZ. — Frommel's Jahresbericht, 1891.
- SIMPSON. — Clin. obst. et gynéc., traduit par Abom-Freuil, Paris, 1894.
- SLAWPANSKY. — Ann. de gyn., 1886, t. XXV.
- SOKOLOV. — Centr. für Gynæk., 1884, n° 3.
- SOMLEN. — Cent. für Gynæk., 1883, t. VIII.
- SLAWIANSKY. — Ann. de gynéc., 1886.
- SWAYNE. — Brit. med. journ., 1886, t. II.
- TARDIEU. — Étude médico-lég. sur l'avortement. Paris, 1864.
- TAURIN. — Thèse de Paris, 1853.
- TARNIER et BUDIN. — Traité de l'art des accouch., 1896.
- TARNIER. — Ann. de gyn., 1884.
- TRASK. — Amer. journ. of med. science, t. XV, 1848.
- TRAULNER. — Cent. für Gyn., 1879.
- URIBE (d'). — Thèse doctorat, Paris, 1876.
- VOSS. — Cent. für Gynæk., 1880, p. 46.
- WARKER. — Cent. für Gynæk., 1882, p. 548.
- WENZEL. — Amer. journ. of obst., 1882.

